

SIT Graduate Institute/SIT Study Abroad

## SIT Digital Collections

---

Independent Study Project (ISP) Collection

SIT Study Abroad

---

Spring 2020

### **(Des)cuidando a quienes nos crían: Una exploración cualitativa del abordaje para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la depresión posparto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020) / (In)adequate care for those who raise us: A qualitative exploration of the approach to diagnosis, prevention and treatment of postpartum depression in the City of Buenos Aires (2020)**

April Hopcroft  
*SIT Study Abroad*

Follow this and additional works at: [https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection)



Part of the [Latin American Languages and Societies Commons](#), [Latin American Studies Commons](#), [Maternal and Child Health Commons](#), [Maternal, Child Health and Neonatal Nursing Commons](#), [Mental and Social Health Commons](#), [Obstetrics and Gynecology Commons](#), [Psychiatry and Psychology Commons](#), [Psychology Commons](#), [Social and Cultural Anthropology Commons](#), and the [Women's Studies Commons](#)

---

#### **Recommended Citation**

Hopcroft, April, "(Des)cuidando a quienes nos crían: Una exploración cualitativa del abordaje para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la depresión posparto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020) / (In)adequate care for those who raise us: A qualitative exploration of the approach to diagnosis, prevention and treatment of postpartum depression in the City of Buenos Aires (2020)" (2020). *Independent Study Project (ISP) Collection*. 3301.  
[https://digitalcollections.sit.edu/isp\\_collection/3301](https://digitalcollections.sit.edu/isp_collection/3301)

This Unpublished Paper is brought to you for free and open access by the SIT Study Abroad at SIT Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Independent Study Project (ISP) Collection by an authorized administrator of SIT Digital Collections. For more information, please contact [digitalcollections@sit.edu](mailto:digitalcollections@sit.edu).

(Des)cuidando a quienes nos crían: Una exploración cualitativa del abordaje para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la depresión posparto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020)

(In)adequate care for those who raise us: A qualitative exploration of the approach to diagnosis, prevention and treatment of postpartum depression in the City of Buenos Aires (2020)

April Hopcroft

Tutora: Eugenia Bianchi

Primavera 2020

Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

31 de mayo, 2020

School for International Training, Argentina: Salud pública en ambientes urbanos

## Resumen

Aunque el embarazo y la maternidad están representadas como periodos de alegría, la llegada de un bebé es una transición significativa en la vida que también puede provocar sentimientos de ansiedad y depresión. La depresión posparto (DPP) es un trastorno de estado de ánimo que plantea consecuencias graves para ambas madre y bebé. Dada la vacancia de investigación en la Argentina, este trabajo pretende analizar el abordaje actual de intervención de la DPP en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Los objetivos específicos son: 1) identificar y describir el proceso de diagnóstico, prevención y tratamiento, y 2) indagar las percepciones de los profesionales de salud que trabajan con el tema de la DPP sobre las fortalezas y limitaciones de la estrategia actual. Esta investigación cualitativa y exploratoria se basó en entrevistas semi-estructuradas con diferentes profesionales de salud. Mediante sus reflexiones, se revela que hay un desconocimiento amplio de la DPP y además hay varios problemas estructurales. A pesar de estas dificultades, los profesionales emplearon un abordaje concienzudo e informado para acompañar a las madres en sus procesos de recuperación. Sobre todo, este trabajo hace hincapié en la importancia de concientizar sobre la DPP, introducir un protocolo coordinado para el cuidado a la salud mental materna y promover más investigación en este campo.

## Abstract

Although pregnancy and maternity are represented as times of joy, the arrival of a baby is a significant life transition that can also provoke feelings of anxiety and depression. Postpartum depression (PPD) is a mood disorder that presents serious consequences for both mother and baby. Given the lack of research in Argentina, this paper seeks to analyze the current approach to interventions for PPD in the city of Buenos Aires. The specific objectives are to: 1) identify and describe the process of diagnosis, prevention and treatment, and 2) examine the perceptions of health professionals who work with PPD about the strengths and limitations of the current strategy. This qualitative and exploratory study was based on semi-structured interviews with different health professionals. Their reflections revealed a widespread lack of awareness of PPD, as well as various structural problems. Despite these challenges, the professionals employed a conscientious and informed approach to accompany mothers in their journeys to recovery. Above all, this investigation emphasizes the importance of raising awareness of PPD,

introducing a top-down protocol for maternal mental health care, and encouraging more research in this field.

## Índice

|   |           |
|---|-----------|
| <b>Resumen</b>                                      | <b>2</b>  |
| <b>Índice</b>                                       | <b>4</b>  |
| <b>Agradecimientos</b>                              | <b>5</b>  |
| <b>Introducción</b>                                 | <b>6</b>  |
| <b>Marco teórico</b>                                | <b>8</b>  |
| Breve resumen de la depresión posparto              | 8         |
| La salud mental en la Argentina                     | 13        |
| Reflexiones   | 15        |
| <b>Metodología</b>                                  | <b>16</b> |
| Resumen de la estrategia                            | 16        |
| Fuentes   | 16        |
| Consideraciones éticas                              | 17        |
| Reflexiones y limitaciones                          | 18        |
| <b>Análisis</b>                                     | <b>20</b> |
| Características comunes de la experiencia de la DPP | 20        |
| Principios rectores para las intervenciones         | 22        |
| Componentes de la consulta                          | 26        |
| Detección y prevención                              | 28        |
| Recursos para el tratamiento                        | 31        |
| En síntesis: La falta de atención de la DPP         | 34        |
| Soluciones para mejorar la atención                 | 37        |
| <b>Conclusiones</b>                                 | <b>39</b> |
| <b>Referencias bibliográficas</b>                   | <b>41</b> |
| <b>Anexo</b>  | <b>48</b> |
| A. Formulario de consentimiento informado           | 48        |
| B. Guía de entrevista                               | 49        |

## Agradecimientos

Estoy muy agradecida a las entrevistadas por tomar tiempo para hablar conmigo y por compartir con entusiasmo su experiencia, perspectiva y conocimiento. Su compromiso en acompañar a las mujeres que padecen la DPP en cada paso de su trayectoria me impresionó mucho. Mi trabajo depende en gran parte de estas entrevistas – son las fuentes primarias, la esencia de la investigación – y me siento afortunada por haber podido conocer e intercambiar con estos profesionales sobre sus esfuerzos para mejorar la conciencia y la atención de la salud mental materna.

Mil gracias a mi tutora, Eugenia Bianchi, por su ayuda en el diseño y la revisión de mi propuesta e informe final y por su compromiso y conocimiento del tema de la salud mental. Fue un gusto trabajar con ella y me siento afortunada por haber colaborado con una tutora tan compasiva.

Muchísimas gracias a Agustín Arispe, mi tutor de español, por enseñarme durante el semestre y por la ayuda con la redacción de todo el informe.

Me gustaría agradecer a todo el equipo de SIT: Salud Pública en Ambiente Urbanos por su apoyo durante todo el programa, especialmente durante estas últimas semanas durante el ISP: Ana Rita Díaz-Muñoz, Valeria Lliubaroff, Dana Merwaiss, Pilar Neira y todos los profesores que nos han dado su tiempo y conocimiento.

Gracias también a mi madre anfitriona, Beatriz, por invitarme a su casa con tanto cariño y por apoyarme en todo.

## Introducción

El embarazo es un período de grandes transformaciones para la mujer, tanto en relación con el cuerpo como con la mente. Esta etapa trae cambios hormonales y emocionales, plantea modificaciones en los horarios de sueño y el estilo de vida y además lleva presiones sociales sobre la necesidad de ser “la madre perfecta” (HRSA, 2008). Aunque la maternidad puede traer alegría y emoción, también puede provocar ansiedad y depresión.

A nivel mundial, aproximadamente 10% de las mujeres embarazadas y 13% de las mujeres que recientemente han dado a luz padecen un trastorno mental, principalmente la depresión (OMS, 2020). La depresión posparto (DPP) plantea una cuestión importante en el campo de la salud pública porque tiene consecuencias graves para el funcionamiento de la madre y el desarrollo del bebé. Hoy en día, tiene una prevalencia promedio de 16% en los países de ingresos bajos y medios (Fisher et al., 2011). En la Argentina, se estima que la frecuencia es de entre 18% y hasta 37% (Pham et al., 2017; Rozic et al., 2012; Mathisen et al., 2013). Estas cifras sugieren que la DPP es muy prevalente en este país y plantean la necesidad de examinar el abordaje actual de las intervenciones.

Sin embargo, son escasos los estudios argentinos que den cuenta de este trastorno, especialmente en cuanto a la prevención y el tratamiento. Es sorprendente la falta de estudios en un país con historia de abordaje de la salud mental desde el siglo XIX y con la ley nacional de salud mental 26.657 que garantiza el derecho al bienestar mental para todos (AASM, s.f.; Ministerio de Salud, 2013). Por lo tanto, este trabajo pretende indagar el abordaje actual de diagnóstico, prevención y tratamiento de este trastorno mental.

Tomando en cuenta esta área de vacancia en los estudios acerca de la DPP en Argentina, esta investigación se propuso responder a la siguiente pregunta: ¿Qué características tiene el proceso de diagnóstico, prevención y tratamiento de la depresión posparto en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA) que utilizan los profesionales de la salud, y cómo ellos evalúan las estrategias y abordajes actuales para dicha intervención? En particular, este trabajo pretende indagar sobre las fortalezas y limitaciones de la estrategia actual para identificar áreas para mejora en el futuro. De este modo, sirve como un paso inicial de análisis crítico, con el fin de generar más conciencia sobre el tema y motivar futuros estudios similares.

Este trabajo tiene como objetivo general analizar los abordajes utilizados por los profesionales de la salud para diagnosticar, prevenir y tratar la DPP. Los objetivos específicos

son: 1) identificar y describir el proceso de diagnóstico, prevención y tratamiento, y 2) indagar las percepciones de los profesionales de salud que trabajan con el tema de la DPP sobre las fortalezas y limitaciones de la estrategia actual. Para contestar estas preguntas, se realizó entrevistas semi-estructuradas con tres profesionales de la salud que trabajan con mujeres que padecen este trastorno mental. Dada la falta de investigaciones previas, se pretendió desarrollar un primer acercamiento a los abordajes para diagnóstico, prevención y tratamiento con el fin de ofrecer recomendaciones para cambios de política.

## Marco teórico

### Breve resumen de la depresión posparto

#### A. Definición, síntomas y prevalencia

La depresión posparto (DPP) es un trastorno de estado de ánimo caracterizado por experimentar sentimientos de tristeza intensa, ansiedad y fatiga que interfieren en las tareas habituales de la vida cotidiana en el periodo después de dar a luz (NIMH, s.f., a). Oficialmente, el Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) la define como un subtipo de la depresión, con inicio durante el embarazo o durante el mes posterior al parto. Otros síntomas pueden incluir falta de interés o placer, cambios de peso o de apetito, insomnio o hipersomnia, remordimiento, falta de atención e incluso pensamientos o intentos de suicidio (Epocrates, 2020). Tanto las mujeres como sus parejas pueden padecer la depresión posparto. Cabe destacar que la DPP es diferente de la tristeza posparto o los “baby blues”, un periodo de preocupaciones leves y fatiga a la expectativa de dar a luz (NIMH, s.f., a). Se estima que hasta 80% de las mujeres experimentan “baby blues”, pero esto se distingue por resolverse después de una o dos semanas por sí sola y no interferir tanto en la vida diaria (NIMH, s.f., a).

Las estimaciones de la prevalencia de la DPP varían mucho. Según la OMS, se estima que la prevalencia es 10% en países de ingresos altos y 15% en países con ingresos bajos y medios (Fisher et al., 2011). Si bien se estudia mucho en países industrializados, hay poca investigación en países en vías de desarrollo y esto contribuye a una “doble disparidad” en cuanto a la disponibilidad de evidencia local que se usa para formar políticas (OMS, 2020). A la vez, se estima que los países con ingresos bajos y medios se enfrentan una mayor carga por la DPP (Almond, 2009). Hay algunos estudios en América Latina, principalmente en Brasil y Chile. Martínez-Paredes y Jácome-Pérez (2019) estiman que en Sudamérica aproximadamente 29% de las mujeres padecen depresión durante el embarazo. Se estima que la prevalencia de la depresión mayor (no la depresión posparto) es 20,6% entre mujeres en Buenos Aires, sugiriendo que la depresión es muy preponderante en esta población (Leiderman et al., 2012).

De hecho, Mathisen et al. (2013) identificaron una alta prevalencia de síntomas depresivos en mujeres post partos en un centro de salud privado en el Área Metropolitana de Buenos Aires; hallaron que 37,2% de las mujeres padecen depresión leve y 18,6% padecen depresión clínica. Otra investigación sobre la DPP en un hospital público en Tucumán encontró

tasas similares, 31,0% y 18,4%, respectivamente (Pham et al., 2017). Finalmente, una investigación en el sector privado de Rozic et al. (2012) encontró una frecuencia de 17,8% de sintomatología depresiva en el postparto inmediato.

Aunque la prevalencia de la depresión mayor en la población de mujeres bonaerenses es comparable a las estimaciones de frecuencia de la DPP, la experiencia de la DPP es única y tiene implicaciones especiales durante este tiempo de vulnerabilidad intensificado para la mujer. Juntas, estas cifras sugieren que la depresión postparto sí existe en la Argentina y merece más investigación para obtener una tasa de prevalencia precisa.

#### B. Causas y factores de riesgo

No se saben las causas específicas de la DPP, pero predominan las teorías biológicas y psicosociales. La perspectiva biológica enfoca en los cambios hormonales después de dar a luz. La teoría de la privación hormonal postula que el descenso rápido de las hormonas tras el parto gatilla cambios en el sistema de neurotransmisión que pueden provocar la depresión (Abdollahi et al., 2016). Por ejemplo, Pařízek et al. (2014) encontró cambios en los niveles de hormonas esteroides después del parto, particularmente un descenso de la producción de estradiol, lo cual se supone que tiene un efecto antidepressivo.

Las explicaciones psicosociales hacen hincapié en el estrés de asumir la identidad de madre, las características de la personalidad que predisponen a las mujeres a este trastorno y el rol del entorno y los eventos importantes de la vida. Según la psicología cognitiva, las expectativas altas del parto y de la maternidad pueden provocar el comportamiento ansioso o perfeccionista que contribuye a la DPP (Abdollahi et al., 2016). El entorno también tiene un impacto significativo en los individuos y su salud mental. El embarazo y la maternidad son grandes cambios de vida que requieren ayuda de los otros, así que apoyo social pobre, problemas financieros y otros eventos estresantes pueden gatillar la depresión (Chaudron, 2003).

Si bien no se saben las causas precisas, hay más consenso sobre los factores de riesgo. En una revisión sistemática, Hutchens y Kearney (2020) relevaron que los factores más comunes son la falta de apoyo social, nivel alto de estrés en la vida, abuso actual o anterior, depresión prenatal y descontento marital o con la pareja. Las tres investigaciones que examinaron la DPP en la Argentina identificaron factores similares. Pham et al. (2017) destacan nivel educativo bajo, multiparidad, historia personal de depresión y falta de ayuda con el cuidado del bebé como factores de riesgo significativos. De manera similar, Rozic et al. (2012) hacen hincapié en la

importancia de los antecedentes de depresión. Mathisen et al. (2013) subrayan los factores médicos, incluyendo complicaciones durante el embarazo y el parto, parto por cesárea y amamantamiento incompleto. En síntesis, los factores asociados con la DPP incluyen los de índole médico, psicológico, cultural y social, reflejando la necesidad de considerar los determinantes sociales de la salud para efectivamente abordar este asunto.

### C. Diagnóstico, prevención y tratamiento

La Escala de Depresión Posnatal de Edimburgo (Edinburgh Postnatal Depression Scale, EPDS) es utilizada ampliamente para detectar la presencia de síntomas depresivos. Hay diez frases que corresponden a diferentes síntomas en una escala de cero hasta tres; los números mayores indican síntomas más intensos. Una nota mayor de 12 o 13 significa que la mujer tiene la DPP y debe atenderse (Stanford Medicine, s.f.). Además de ser auto administrable, la escala también ha sido utilizada en muchos países y validada en idioma castellano (García-Esteve et al., 2003). Tres investigaciones en Argentina y una en Chile la han usado, por lo que sirve para hacer comparaciones entre estudios (Pham et al., 2017).

La primera clase de estrategias de prevención son las intervenciones psicológicas, incluyendo diferentes formas de terapia y la intervención postnatal. Un recurso psicológico que aparece con frecuencia en la literatura internacional es la terapia cognitiva conductual. Esta técnica enseña diferentes maneras de pensar, actuar y reaccionar a situaciones, con el fin de que los participantes aprendan a cambiar patrones del pensamiento que son problemáticos (NIMH, s.f., b). Otra forma de terapia común es la terapia interpersonal, la cual ayuda a desarrollar la buena comunicación, crear redes de apoyo social y tener expectativas realistas mediante un enfoque en el contexto relacional del paciente (NIMH, s.f., b). La tercera estrategia psicológica mencionada con frecuencia es la intervención postnatal o “postnatal psychological debriefing”. Este método explora la experiencia de la mujer acerca de un evento traumático, tal como el parto, mediante una entrevista semi-estructurada, con el objetivo de disminuir el estrés psicológico después de un trauma (Werner et al., 2015). Si bien las revisiones hallaron que todas las técnicas merecen más investigación, se concluyó que la terapia interpersonal mostró resultados más prometedores y que la intervención postnatal es efectiva cuando es desempeñada por las parteras (Werner et al., 2015; Dennis, 2003).

También se cuenta con varias intervenciones psicosociales para la DPP, entre ellas las clases antes y después del embarazo, el apoyo postnatal y el apoyo de pares. En las clases pre y

post natales, se abordan una variedad de temas como las dificultades del embarazo y la detección y el tratamiento de la DPP (Werner et al., 2015). Muchos de los estudios sobre estas sesiones educativas tenían limitaciones metodológicas y produjeron resultados variables sobre la eficacia (Werner et al., 2015; Dennis, 2003). En cuanto al apoyo postnatal, que puede incluir las visitas a casa, las consultas por teléfono y las charlas educativas, entre otros servicios, las conclusiones fueron mixtas y se necesita más investigación para aclarar los beneficios (Werner et al., 2015). Por último, el apoyo de pares pretende conectar a madres que padecen la DPP con otras mujeres que han superado este trastorno para confrontar la soledad, hablar sobre las normas sociales de la maternidad y encontrar un camino hacia adelante (Jones et al., 2014). En general, los resultados son contradictorios en cuanto a los efectos del apoyo de pares para la DPP (Leger y Letourneau, 2015), pero su historia de eficacia demostrada para la depresión mayor sugiere que puede ser un recurso psicosocial útil (Pfeiffer et al., 2011).

Otros métodos de prevención más modernos utilizan las redes de comunicación para diseminar información acerca de la DPP. Barrera et al. (2015) desempeñaron un estudio de una intervención de Internet para mujeres hispanohablantes en 23 países. Aunque no obtuvieron resultados significativos, los autores concluyeron que estas intervenciones tienen la posibilidad de amplificar el alcance de los recursos psicológicos a mujeres con alto riesgo. En una revisión de las distintas estrategias de prevención, Werner et al. (2015) notaron que las intervenciones más efectivas se enfocaron en poblaciones de alto riesgo y destacaron la importancia de abordar la díada madre-bebé.

En cuanto al tratamiento para la DPP, generalmente se utiliza medicamentos antidepresivos y/o intervenciones psicológicas y psicosociales, como las estrategias de terapia y apoyo social mencionadas arriba. En un informe actualizado sobre la farmacoterapia para DPP, Kim et al. (2014) argumentan que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) son el primer recurso. Estos medicamentos bloquean la reabsorción del neurotransmisor serotonina, un químico que contribuye a sentimientos de contento. De este modo, los ISRS pretenden elevar los niveles de serotonina en el cerebro para cambiar el humor. Kim et al. (2014) también mencionan los tratamientos hormonales, pero concluyen que no hay evidencia suficiente para recomendarlos. Finalmente, estos autores hacen hincapié en la escasez de investigaciones de la farmacoterapia y exigen más pruebas experimentales randomizadas. Si bien ciertos estudios demuestran que el uso de los ISRS es seguro durante el embarazo y la lactancia, siempre es

importante tener en cuenta los riesgos y beneficios, junto con las particularidades de cada mujer (Foks, 2013; Norris, 2013).

#### D. La DPP como un problema de salud pública

Para concluir, cabe mencionar que la depresión postparto plantea un problema de salud pública porque tiene consecuencias graves para la madre, el bebé y la familia entera. Más allá del sufrimiento intenso y los gastos económicos que resultan de estos trastornos, hay varios riesgos médicos para la mujer que están documentados en la literatura. Los problemas de salud mental durante la etapa perinatal pueden aumentar la probabilidad para problemas obstétricos, incluyendo el parto pretérmino, las complicaciones obstétricas y los síntomas del embarazo (OMS, 2008). Resulta significativo también que hay una tasa desproporcionadamente alta de suicidios durante este periodo (OMS, 2008). Además, si una mujer con la DPP no se atiende, su riesgo de experimentar la depresión durante el resto de su vida aumenta (Brummelte y Galea, 2016).

Los padecimientos mentales maternas también tienen efectos profundos en los bebés. Generalmente, estos impactos son estudiados en los países de ingresos altos, pero tienen implicaciones importantes para países de ingresos bajos y medios (OMS, 2008). En términos generales, las enfermedades mentales pueden afectar el desarrollo cognitivo, psicológico y conductual del bebé (Brand y Brennan, 2009). Por ejemplo, los bebés de madres con DPP tienen un riesgo más alto de demoras en desarrollo y problemas de comportamiento (Guille et al., 2013). El informe de la OMS explica que estos bebés pueden tener desequilibrios de los neurotransmisores, disminuido desarrollo locomotor y peores resultados en las evaluaciones como Brazelton Neonatal Assessment Scale (OMS, 2008). De hecho, su desempeño peor puede desalentar los esfuerzos de la madre a relacionarse con el bebé, creando un círculo vicioso de interacciones disfuncionales y dañinas (OMS, 2008). Dado estas consecuencias graves para la madre y su bebé, la detección temprana, prevención oportuna y tratamiento efectivo son cruciales para asegurar el bienestar de las nuevas madres, el crecimiento de los bebés y el funcionamiento de las familias enteras.

Para analizar esta problemática de salud pública, sería beneficioso emplear el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud. Esta perspectiva considera cómo las condiciones en que las personas crecen, viven, trabajan y envejecen, afectan la salud (OMS y Fundación Calouste Gulbenkian, 2014). Estos factores incluyen las circunstancias de vida y el

contexto socioeconómico y político, incluyendo el sistema de salud. Según la OMS, las inequidades sociales generan un riesgo más alto para muchos padecimientos mentales (OMS y Fundación Calouste Gulbenkian, 2014). Por lo tanto, sería productivo considerar los determinantes sociales y la equidad para analizar las causas más estructurales que contribuyen a la DPP.

## La salud mental en la Argentina

### A. Breve historia: De la internación al enfoque integral

Argentina tiene una historia larga de abordaje de la salud mental, la cual empezó en el siglo XIX y muy particularmente en el XX (AASM, s.f.). Hoy en día, la profesionalización de este campo se debe a tres factores. En primer lugar, la incorporación de la especialidad de Psiquiatría en las universidades y la enseñanza de la Psicología en el entorno de las Facultades de Filosofía y Letras (AASM, s.f.). El segundo factor fue el establecimiento de los hospitales psiquiátricos y el surgimiento del manicomio como el lugar dedicado al cuidado de dementes (AASM, s.f.). En tercer lugar, la creación de varias asociaciones, sociedades, escuelas, servicios, entre otros, tanto en el sector público como privado, permitió la investigación sobre salud mental, contribuyendo a la institucionalización del campo (AASM, s.f.).

Según el recuento histórico de Falcone (s.f.), la asistencia de las enfermedades mentales en el país empezó como con un enfoque “paliativo” mediante la internación en los manicomios. A partir del año 1946, cuando se estableció la Secretaría de Salud Pública, hubo una transición importante en cuanto al cuidado de los enfermos, principalmente en relación con la concepción de salud mental como un fenómeno social y colectivo (Falcone, s.f.). Esta nueva perspectiva pretende evitar el encierro, cuenta con las prácticas asistenciales abiertas y hace hincapié en la prevención mediante esfuerzos multidisciplinarios (Falcone, s.f.). De acuerdo con este abordaje, el Ministerio de Salud declara que la internación no sólo produce dependencia y empeoramiento de habilidades sociales, también trabaja en oposición de los derechos humanos (Ministerio de Salud, s.f., b). Hoy en día, todavía se está transicionando del modelo basado en la internación a un abordaje más inclusivo que ayude a las personas a comprometerse en sus comunidades (Ministerio de Salud, s.f., a).

## B. El reino del psicoanálisis

Parece necesario mencionar que el psicoanálisis, una forma de psicoterapia fundada por Sigmund Freud, tiene una supremacía impresionante en este país. Durante el siglo XX tuvo un papel destacado en el desarrollo del campo de la salud mental y más ampliamente de la cultura argentina, con una persistente influencia en la formación de las distintas especialidades profesionales (Plotkin, 2003; Visacovsky, 2001, 2009; Vezzetti, 1995). Más recientemente, en el siglo XXI, se empezó a confrontar esta hegemonía, gracias a la creciente incorporación de otras corrientes de la psicología y las neurociencias en la formación profesional.

La problemática de la DPP plantea relevancia especial en este país, considerando estudios que señalan la coexistencia de perspectivas de la psiquiatría biológica y el psicoanálisis en las prácticas profesionales (Lakoff, 2005), y el papel histórico del psicoanálisis en el desarrollo de la salud mental (Plotkin, 2003; Visacovsky, 2009; Vezzetti, 1995). Estas perspectivas constituyen elementos relevantes para analizar las características de los procesos de diagnóstico, prevención y tratamiento de la DPP.

## C. La ley nacional de salud mental y sus controversias

En 2010, se introdujo la ley nacional de salud mental 26.657 que garantiza el derecho al bienestar mental para todos (Ministerio de Salud, 2013). Resulta significativo que la ley describa la salud mental como un “proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (Ministerio de Salud, 2013). Esta definición está alineada con el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud, y plantea la necesidad de abordar estos padecimientos desde un abordaje interdisciplinario (Maccagno y Vítolo, 2013). Además de ofrecer una definición actualizada de la salud mental, la ley reconoce la capacidad de todas las personas, reclama la desmanicomialización, expone los derechos protegidos, entre otras cosas (Maccagno y Vítolo, 2013). Si bien la ley llena un vacío legal y exige la defensa de los derechos humanos de las personas con trastornos mentales, fue criticada por desconocer los comentarios de la comunidad médica y psiquiatría y además por no elaborar pasos concretos para su implementación (Maccagno y Vítolo, 2013).

## Reflexiones

A través de esta revisión bibliográfica, se ha hallado un área de vacancia en la literatura argentina sobre la detección, la prevención y el tratamiento de la depresión postparto. Algunos datos estadísticos fueron conseguidos y sirven para dar un contexto del alcance del trastorno en la Argentina. Sin embargo, no se pudo encontrar ninguna investigación sobre las intervenciones en este país. Este vacío refleja la observación de la OMS que la mayoría de los estudios sobre la DPP están realizados en países con ingresos altos (OMS, 2020). Por lo tanto, este trabajo se dedica a analizar el proceso actual para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la DPP en CABA.

# Metodología

## Resumen de la estrategia

Esta investigación cualitativa y exploratoria fue llevada a cabo durante el mes de mayo. Se eligió un diseño observacional transversal por su flexibilidad y capacidad de introducir pequeñas modificaciones e incluir hallazgos no previstos en el diseño original. Para recolectar los datos de fuentes primarias, se realizó entrevistas en profundidad con tres profesionales de la salud que trabajan con la DPP. Aunque hubiera sido interesante entrevistar a mujeres que padecen este trastorno mental, no fue factible hacerlo con las restricciones de tiempo. Por eso, el trabajo presente enfoca principalmente en las percepciones de los profesionales de la salud. También cuenta con algunos testimonios de mujeres que sufren la DPP, a los cuales se accedió mediante recomendaciones de las entrevistadas.

Para analizar las entrevistas, se utilizó un abordaje inductivo basado en el marco conceptual de “grounded theory”. Después de desgrabar las entrevistas, se identificaron temas y subtemas comunes y se relacionaron para establecer una secuencia argumentativa. De este modo, se consideró los matices de cada entrevista para llegar a conclusiones más abstractas y generalizadas sobre la atención de la DPP.

## Fuentes

### A. Fuentes primarias

En cuanto a la selección de la muestra, los criterios básicos para inclusión fueron que la persona fuera profesional de la salud u otro profesional que trabajaba con el tema de la DPP en CABA. Se entrevistó a tres profesionales:

- Una psicóloga perinatal
- Una médica psiquiatra y psicoterapeuta
- Una colaboradora de la ONG Materna Salud Mental Perinatal con licenciatura en psicología. Materna es una organización argentina que anima la investigación, educación, prevención y tratamiento de los padecimientos de salud mental materna (Materna, 2019).

Las entrevistadas desarrollan su actividad en CABA, una región del país que concentra instituciones y profesionales especializados en docencia, investigación y atención clínica de las

distintas especialidades profesionales. Las entrevistas se tomaron entre el 30 de abril y el 19 de mayo de 2020 utilizando softwares de videochat (Zoom y Webex). Las entrevistas fueron semiestructuradas, de índole casual y flexible, con preguntas abiertas de la Guía de Entrevista (adjunta en el anexo). Las preguntas indagaron las siguientes dimensiones: el trabajo de la entrevistada, el marco teórico de la salud mental en la Argentina, los recursos para diagnóstico, prevención y tratamiento de la DPP y recomendaciones y fuentes sugeridas.

#### B. Fuentes secundarias

Si bien se encuentra un vacío en la literatura argentina sobre la DPP, hay tres estudios claves en el país, todos los cuales principalmente indagan sobre los factores de riesgo: “Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach” de Pham et al. (2017); “Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study” de Mathisen et al. (2013); y “Detección de síntomas depresivos durante el postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados” de Rozic et al. (2012). Estas investigaciones ofrecen una mirada amplia sobre la DPP en poblaciones diferentes, incluyendo mujeres de nivel socioeconómico bajo en un hospital público en Tucumán, mujeres que acuden a un centro privado de atención en la provincia de Buenos Aires y mujeres atendidas en un hospital universitario en CABA.

Hay un abanico de otras investigaciones relevantes desempeñadas en América Latina y alrededor del mundo. Se accedió a numerosos estudios clínicos en PubMed y otras bases de datos similares. Para fundamentar el marco conceptual, también se utilizó artículos de las ciencias sociales, como los estudios de género y la sociología de la medicina.

#### Consideraciones éticas

Esta investigación brindó los siguientes beneficios potenciales: (1) dar una oportunidad a los profesionales para pensar críticamente sobre el abordaje actual a la DPP y compartir sus reflexiones; (2) identificar las fortalezas y limitaciones del proceso para el diagnóstico, la prevención y el tratamiento; y (3) a través de analizar el abordaje actual, generar más conciencia sobre el tema, identificar áreas para mejora y alentar esfuerzos futuros para mejorar la atención de la DPP en la Argentina.

Sin embargo, este trabajo dependió en gran parte de la revelación de información posiblemente sensible por parte de los profesionales de la salud. Por ejemplo, las preguntas de entrevista indagaron sus opiniones sobre el estado actual del diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la DPP en CABA. Si los entrevistados criticaran ciertos aspectos del abordaje del sistema de salud, esto podría plantear un riesgo para su posición de trabajo. Por lo tanto, la investigación se comprometió a mantener la confidencialidad, privacidad y anonimato completos durante todo el proyecto.

Antes de realizar las entrevistas, todos los participantes recibieron un formulario de Consentimiento Informado que les explicó cómo se abordarían varias consideraciones éticas. Cabe destacar que la participación fue completamente voluntaria y las entrevistadas pudieron saltar cualquier pregunta y dar por terminada la entrevista en cualquier momento. Para proteger a los participantes, no se relevaron sus nombres; se identifican en este informe usando sólo una descripción general de su ocupación. Además, se eliminó cualquier información que pudiera comprometer su identidad y lugar de trabajo.

A través de este trabajo, también fue importante tener en cuenta cómo la identidad de la investigadora, siendo una estudiante extranjera de clase media alta, podría haber afectado la recolección de datos. Como estudiante, la investigadora no tenía un conocimiento amplio de este campo así que podría haber desconocido ciertos temas fundamentales o marcos conceptuales. También es importante reconocer el sesgo personal y cultural que lleva la investigadora como una estadounidense examinando la DPP en la Argentina. Por un lado, la perspectiva ajena de la investigadora permitió la identificación de ciertas características del abordaje argentino a la DPP que quizás no sería tan visibles para un investigador local. Pero por otro lado, este sesgo podría haber influido en la interpretación de los datos. De todos modos, el uso del abordaje “Grounded Theory” favoreció las voces de las entrevistadas acerca de sus experiencias con las intervenciones para la DPP.

### Reflexiones y limitaciones

El abordaje cualitativo y exploratorio brindó ciertas ventajas para cumplir esta investigación a distancia y en un periodo de tiempo relativamente limitado. En primer lugar, el diseño flexible permitió modificaciones pequeñas a través de la recolección y análisis de los datos. Dada la índole semiestructurada de las entrevistas, los participantes generalmente se desviaron de las preguntas específicas de la Guía de Entrevista. El nivel intermedio del español

de la investigadora junto con el marco virtual de la entrevista dificultó la reorientación de la conversación, así que la investigadora tuvo un papel menos activo de lo que se había esperado en dirigir la entrevista. Si bien las entrevistadas no necesariamente contestaron a todas las preguntas de la Guía de Entrevista de manera explícita, compartieron mucha información útil y relevante que generalmente abordó las preguntas de manera indirecta. Entonces, el proceso de codificación fue especialmente importante para organizar la información temáticamente y establecer conexiones dentro de las entrevistas y entre los tres participantes.

En último lugar, cabe mencionar que la muestra fue limitada a sólo tres personas, así que no se puede generalizar los resultados a otros profesionales de la salud más allá de este grupo y región. El horizonte del proyecto también limitó el alcance y profundidad de la investigación. De todos modos, las entrevistadas ofrecieron una perspectiva reveladora sobre el proceso del diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la DPP en CABA. Dada la falta de investigaciones previas, este trabajo representa un importante primer paso hacia una mejor atención a la salud mental materna en la Argentina.

## Análisis

### Características comunes de la experiencia de la DPP

Por motivos de factibilidad, este proyecto empezó enfocando sólo en las percepciones y las experiencias de las profesionales de la salud que trabajan con el tema de la DPP. Sin embargo, mediante estas entrevistas, se accedió a algunos testimonios de las madres mismas que padecen este trastorno mental. Dada su relevancia, se decidió incluirlos en el análisis para complementar las perspectivas de los profesionales. Un entendimiento comprensivo de la experiencia de la DPP puede dar forma a intervenciones más matizadas y mejor alineadas a las necesidades particulares de las mujeres durante esta etapa.

#### A. La angustia extrema, agravada por la falta de información

Como muchos trastornos mentales, la DPP tiene como síntoma la ansiedad. Todos experimentan pequeños episodios de la inquietud en la vida diaria, pero el nivel de angustia en la DPP es tan severo que llega a inhibir el bienestar y las funciones humanas (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Laura Coton, un apoyo de par para la ONG Materna, explica que “muchas mamás llegan angustiadas por no sentir esa felicidad plena a las 24 horas que se supone que deberían sentir” (Materna, 2020). Una de las entrevistadas explicó su experiencia personal con la DPP, lo cual eventualmente la llevó a trabajar en una ONG para abordar la salud mental materna:

[La DPP] se definió exactamente a las horas de parir con un ataque de ansiedad, estando en el hospital. Sin saber qué era. Cinco días después ya dada de alta en mi casa, empecé a sentir que no manejaba a los pensamientos, realmente pensaba que estaba volviéndome loca, pero síntomas graves, altísimos de ansiedad. (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18).

Además de sentir una sensación abrumadora de ansiedad, la incertidumbre y falta de información agravaron la situación, produciendo un periodo extendido de sufrimiento:

Fui tropezando durante meses porque no tenía información... La verdad que ni la obstetra no sabía ayudarme. No tenía gente ni profesionales de salud mental para recurrir, porque como lo digo siempre si uno no sabe lo que tiene, menos puede buscar ayuda. No tenía respuestas para lo que pasaba. Entonces iba cada vez de mal en peor. (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18).

Esta cita revela un problema fundamental con la atención de la DPP en esta región: no hay mucho conocimiento acerca del tema, tanto entre las mujeres embarazadas como entre los profesionales de la salud. Si las mujeres que sufren este trastorno mental no saben qué es, no van a poder pedir ayuda. Y si los profesionales de la salud tampoco están informados, no pueden prevenir ni detectar ni tratar. De este modo, los testimonios revelan algunas oportunidades para una intervención más comprensiva y efectiva.

#### B. Sentimientos de culpabilidad y vergüenza

Muchas mujeres expresan sentimientos de culpabilidad y vergüenza, que también pueden provenir de la falta de conciencia acerca de este trastorno. Por ejemplo, la colaboradora de Materna tuvo el alta psicológica a los dos años después del parto, pero explicó que “seguí callando todo esto... Me da mucha vergüenza. Porque mi entorno familiar o de amigas siguen teniendo hijos y no les pasaba eso” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Además, las expectativas de la maternidad pueden agravar la angustia. La colaboradora de Materna siguió explicando que “Me daba mucha vergüenza pensar que no calificaba para esto y que necesitaba todo un tratamiento para poder adaptarme a esto” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). La falta de información y conocimiento acerca de la DPP, junto con las expectativas y presiones de ser una “madre perfecta”, producen un círculo vicioso en el que las madres no hablan de este trastorno y entonces no hay conciencia y apertura a hablar de él.

#### C. Preocupaciones sobre la manera “correcta” de criar a los bebés

La última característica que aparece en los testimonios es el tema de cómo criar a los niños correctamente, especialmente con la cantidad abrumadora de recursos para padres. Hoy en día, hay tanta información que esto puede producir un sentido de “sobrecarga de información” (Bannon, 2000; McCartney, 2019; Velardo y Drummond, 2013). El rol de madre trae mucha presión, especialmente en cuanto a acceder, evaluar y utilizar los numerosos recursos disponibles sobre la crianza. Una de las entrevistadas notó que “¿Estoy haciendo bien?” es la pregunta repetitiva en la entrevista [psicológica]. ‘Pero yo, ¿está bien esto que siento?’” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30).

La psicóloga perinatal compartió una anécdota sobre una mujer que tenía dificultades con los fulares. Esta mujer quería usar el fular, pero no se sentía cómoda y así que decidió llevar a su bebé en sus brazos. La psicóloga insinuó que esta decisión generó estrés y preocupación para la

mujer, pero en realidad “no porteaba mal”, es decir, su método del porteo fue aceptable y normal (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Aunque este asunto puede parecer insignificante a primera vista, refleja la ansiedad y preocupación intensificada que son características de la DPP. Este caso es sólo un ejemplo de las numerosas cuestiones “que en una entrevista vos la podés aplacar un poco, en encontrarle la vuelta en el sentido de que esa persona no sea tan exigente con ese fundamentalismo” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). En este tiempo de la “sobrecarga de información” sobre la crianza, los numerosos recursos disponibles pueden agravar la DPP, y es otro reto del que se tienen que ser consciente en el abordaje.

### Principios rectores para las intervenciones

La mayoría de las personas entrevistadas trabajan directamente con las mujeres que padecen la DPP mediante las consultas psicológicas o encuentros similares. Por lo tanto, la gran parte de la información que compartieron enfoca en las estrategias para una consulta efectiva. Sin embargo, las entrevistadas mencionaron ciertos temas globales que dan forma a su marco conceptual para las intervenciones: el concepto de la maternidad, la contextualización de la situación, el principio del acompañamiento y el uso del abordaje interdisciplinario y flexible.

#### A. El concepto de la maternidad

Para abordar efectivamente la DPP, es importante entender qué es la maternidad y cuáles desafíos plantea. Para la psicóloga perinatal, fue importante reconocer que la maternidad es un momento influyente a nivel psíquico en el que “nuestra cabeza se abre a tener justamente cuestiones muy regresivas y muy anteriores a nosotras mismas” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Pasó a explicar:

La maternidad hace un cimbronazo en nuestra vida en donde hay una transformación en nuestra identidad. Nos cuestionamos, nos desconstruimos, nos volvimos a construir como mujeres y madres. A su vez de que tratamos en el puerperio por ejemplo encontrarnos quiénes éramos, quiénes somos y quiénes queremos ser. (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30).

Curiosamente, al hablar de la maternidad, surgió una contradicción entre, por un lado, las características compartidas de la maternidad entre todas las mujeres, y por otro lado, las experiencias únicas de cada mujer durante esta etapa. Por ejemplo, la colaboradora de Materna explicó que el puerperio es igual para todos: “Es increíble pero más allá del idioma, del contexto,

de cultura, de lo que sea, la maternidad te atraviesa de la misma manera a todos” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). A la vez, también señaló que cada caso es diferente: “Cada uno es caso a caso. Hay algo subjetivo y particular en cada uno. No hay una medida para todos igual” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Entonces, un reconocimiento de las complejidades y tensiones inherentes en esta etapa de la vida es necesario para poder desarrollar una intervención apropiada.

#### B. Contextualizar

Si bien la experiencia de la maternidad es compartida por todas las madres, los profesionales hicieron un esfuerzo concentrado para identificar las particularidades de cada mujer a la que asistían. Según las entrevistadas, el primer paso en abordar la DPP tiene que ver con contextualizar en qué situación está la mujer. Esto se refiere a la recolección de los datos demográficos, especialmente en cuanto a su situación familiar, social y económica. Los datos situacionales incluyen su edad, si está sola o no, si es su primer embarazo, cuántos hijos ya tiene, cómo fueron sus embarazos anteriores, etc. (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). De importancia especial es preguntar si esa mujer tiene pareja o alguien que le acompaña en la maternidad; las entrevistadas mencionaron este factor varias veces. Este primer paso refleja el marco conceptual de los determinantes sociales de la salud que incluye un abanico de variables que afectan la salud a nivel intermedio y estructural, desde las circunstancias materiales hasta los factores psicosociales (OMS, 2014). Hay que tener una “lectura integral, sistémica de la situación” para poder armar una estrategia efectiva basada en los recursos con que cuenta esa persona (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). En otras palabras, si no se sabe el contexto de dónde vive esa mujer y cuál es su situación socioeconómica, no se puede introducir las intervenciones adecuadas.

Más allá de la recolección de los datos básicos, contextualizar también se refiere a conocer la perspectiva sobre la maternidad de esa mujer y su experiencia del parto. Por ejemplo, es importante saber en qué parte del puerperio está y qué es “su posicionamiento frente a la maternidad, no sólo desde el deseo sino desde lo que pasa en su historia” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). También es importante conocer su experiencia con el parto y si experimentó la violencia obstétrica (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). De este modo, contextualizar es importante para desarrollar una intervención que aborde las necesidades particulares de cada mujer.

### C. Acompañamiento: Compañía y empatía

Otro aspecto fundamental del abordaje de la DPP es el concepto del acompañamiento. Acompañar refiere a la acción de estar en la compañía de otra(s) personas y también de participar en sus sentimientos (RAE, 2020). Esta definición revela dos aspectos claves: la presencia física de la persona que acompaña y también su capacidad para empatizar. La palabra “acompañar” y sus términos derivados aparecieron muchas veces en todas las entrevistas, subrayando la importancia de esta acción. El acompañamiento puede tomar formas diversas, incluyendo la consulta individual, una llamada de teléfono, el grupo de reflexión, entre otros. Sobre todo, las entrevistas muestran el compromiso de los profesionales de la salud a navegar esta trayectoria hacia el bienestar mental junto con las mujeres.

En primer lugar, las entrevistadas hacían hincapié en la disponibilidad, o la acción de estar dispuesta a ayudar a la mujer, ya sea en persona o por teléfono. A pesar de que muchas veces un mensaje o llamado es suficiente para resolver los casos, es importante estar presente y comprometido a apoyar las mujeres: “Hay que estar y hay que poner el cuerpo. Más allá de las teorías psicológicas, lo más importante es estar disponible” (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Ella destacó la vulnerabilidad de estas mujeres y su necesidad de tener compañerismo fiable:

Son mujeres que están muy emocionales que necesitan mucho poder contactar con alguien y que esta persona responda de manera rápida. Es algo diario, es algo de una comunicación continua. Porque necesitan saber que no están solas. Y eso lo necesitan saber en lo concreto, no desde una cuestión abstracta. (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19).

La colaboradora de Materna señaló que el acompañamiento debe tomar la forma que más le guste a la mujer. Explicó que “Todo lo que a la mujer le haga bien, nos vale. No importa nada, sea lo que a ella le haga en ese momento es cómo lo vas a acompañar” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Materna ofrece muchas formas de comunicación – por WhatsApp, teléfono, video – con la idea de que sea “como ella quiera” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Además, este apoyo debe durar hasta que la mujer decida que ya no lo necesita más (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Entonces, el acompañamiento efectivo debe ser definido por la paciente y debe tomar la forma que mejor aborde sus necesidades.

En segundo lugar, la capacidad para empatizar y entender los sentimientos de la madre es clave. La colaboradora de Materna, que padeció la DPP después de su embarazo, explicó que empezó a sentirse acompañada por primera vez cuando entró en un foro de BabyCenter, donde “hablaba con las madres y empecé a ver que todo lo que les pasó era lo mismo que me había pasado a mí... Me entienden del otro lado del océano” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Su comentario sugiere que ser comprendido por alguien que atravesó una experiencia similar es clave para la recuperación. El acompañamiento también ayuda a abordar las preocupaciones del puerperio. La colaboradora de Materna explicó que muchas veces una mujer con DPP simplemente “quiere que vos la acompañes durante esta etapa para bajar estos miedos y dudas que son propios de la misma maternidad que todos atraviesen igual” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Del mismo modo, la psicóloga perinatal describió que es común trabajar en grupo y que “Esto de compartir la voz de otras mujeres y ir tramando historias las sostiene mucho” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). De los datos examinados, es posible deducir que los profesionales están comprometidos a acompañar a las mujeres en sus procesos de superar la DPP, empleando la empatía para entender, valorar y responder a sus experiencias y utilizando intervenciones de forma grupal para maximizar los beneficios.

#### D. Encuadre interdisciplinario y flexible

Para armar una intervención efectiva, es importante emplear un abordaje multifacético. La psicología perinatal es, por definición, un campo interdisciplinario y entonces no pertenece a una especialidad (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Por eso, se vale de la colaboración, como las construcciones interdisciplinarias con psicología y psiquiatría (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). El posicionamiento único de este campo plantea determinados retos, pero también revela muchas oportunidades para intervención. Si bien no existe especialidad única y no hay tantos recursos organizados como en otros campos, la índole multidimensional permite soluciones desde diferentes perspectivas y profesiones (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Cabe mencionar que esta disciplina tampoco pertenece a sólo una persona – hay que considerar al bebé y a toda la familia para armar un abordaje sistémico:

[Siempre trabajamos] en contexto, siempre en equipo, siempre globales, integrales. No podemos dejar de lado ningún aspecto de la salud, ni la biología, ni la física, desde la alimentación, el ejercicio, los laboratorios. Todo forma parte de la salud. No nos

enfocamos solamente en un aspecto. Porque para una persona, para que mejoras el ánimo, hay muchas formas de incidir. (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19).

Esta cita refleja la perspectiva del modelo de los determinantes sociales de la salud que hace hincapié en el abanico de factores intermedios y estructurales que pueden afectar al bienestar. También es útil pensar en el trabajo en equipo mediante la red de contención. La colaboradora de Materna explicó que “Trabajamos con muchas asociaciones, la asociación de psicólogas de provincia de Buenos Aires, de todos lados, intentamos llegar a todo el país” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Si bien inicialmente pareció que no había tanto foco en la DPP en esta región, los datos examinados sugieren que sí existe una red informal de individuos y organizaciones comprometidos a asegurar la salud mental materna.

Además de ser un campo interdisciplinario, la salud mental perinatal depende de los abordajes plásticos y abiertos. Como explicó la médica psiquiatra, hay que tener un “encuadre flexible que tiene que adaptarse a las necesidades de esa mujer en el momento agudo” (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). La colaboradora de Materna también destacó la flexibilidad, exponiendo que “No tenemos un sesgo muy cerrado sobre ni métodos. Nada de eso... Es más que nada la necesidad y lo que le haga bien a la mujer y la familia” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). En otras palabras, el abordaje y los métodos no importan con tal de que ayuden a la mujer y su familia. Esta flexibilidad deja abierta la posibilidad para hacer diversas intervenciones para ayudar a las mujeres sin preocuparse del método “correcto”.

### Componentes de la consulta

En cuanto a la consulta, las entrevistadas mencionaron ciertos pasos concretos y habilidades claves para guiar los primeros encuentros con las madres que sufren la DPP. Al empezar la entrevista, el primer paso es escuchar a la mujer para entender su contexto, su experiencia y sus necesidades. La psicóloga perinatal explicó que el interrogatorio “es justamente, empáticamente, humanamente escuchar a esa mujer qué le pasa y cuál es su contexto” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). En particular, los profesionales de la salud deben estar dispuestos a escuchar para entender en qué parte del puerperio está y cuáles son sus manifestaciones o síntomas (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). De este modo se puede contextualizar a la mujer y preguntar sobre sus

necesidades. Este paso es importante porque “Hay muchas necesidades distintas, es caso por caso”, así que la escucha activa puede revelar las particularidades de cada mujer.

Mientras tanto, se evalúa la gravedad de la situación para determinar si es un caso leve de “baby blues” o una situación seria de DPP. Para distinguir entre estos dos trastornos, se presta atención al nivel de angustia y tristeza para ver si están inhibiendo las acciones cotidianas (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). La llegada de un bebé y su incorporación a la familia puede ser conflictiva y traer una carga mental altísima, y “cuando esto empieza a hacer un bloqueo, una inhibición, y vos te das cuenta de que no podés responder a esa demanda... los estados emocionales se desequilibran totalmente y allí aparece toda esta sintomatología” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). En este caso, se hace una interconsulta con psiquiatría y también cuenta con la posibilidad de usar los medicamentos.

El próximo paso es considerar con qué recursos cuenta esa mujer. Contextualizar y escuchar activamente, en otras palabras, “es lo que nos va a poder dar una idea de con qué recursos contamos y qué podemos hacer para favorecer para que se sienta mejor” (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Estos recursos pueden ser algo externo – como el apoyo social de una pareja, un familiar o un amigo – o pueden ser una cualidad interior. Para la psicóloga perinatal, “Hay que bucear en el interior del uno para ver cuales son los recursos potenciales que tiene, esos factores protectores, ese yo, que se alimenta con las cosas de cada quien, que le gusta a cada quien” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Después de conocer su contexto, sus necesidades y sus recursos, se puede desarrollar una intervención. Idealmente, el tratamiento debe tener menor daño y mejor impacto mientras también se minimiza la modificación del estilo de vida (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). De este modo, se va armando una estrategia comprensiva para abordar las necesidades particulares de cada mujer.

A lo largo de la consulta, es importante seguir ofreciendo empatía y aplacando a la mujer. Para la médica psiquiatra, es crucial “poder empatizar y conectar con los aspectos más desvalidos de las mujeres que están atravesando esta situación” (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Del mismo modo, la colaboradora de Materna explicó que “valorar los sentimientos y las emociones que está teniendo en ese momento” es un aspecto clave del abordaje (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). En otras palabras, si como profesional “no entendés el dolor que puede sentir esa madre, esa mujer, no sirve nada”

(Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Para tranquilizar a la madre, hay que abordar las expectativas sobre la maternidad por medio de hablar “sobre el lado b que no se habla la maternidad, hablar de todo lo que no se habla” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Luego, es importante ayudar a la mujer “a construir su mirada realista de la maternidad... No tanto la cuestión idealizada, lo que ella idealizaba que sería la maternidad, y con lo que se encontró” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Entonces, la madre puede bajar sus expectativas y aprender a vivir con este trastorno mental.

Los últimos pasos de la consulta consisten en dar un listado de profesionales a la mujer y alentar la adherencia al tratamiento. Con esta lista, la mujer puede elegir con quién quiere hacer una consulta basado en su zona de residencia y otros factores. De este modo, la consulta inicial sirve para cerrar la brecha que existe entre los profesionales y las mujeres, dada la falta de conciencia sobre la DPP en esta región (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Los profesionales también se dedican a asegurar que la mujer adhiera al tratamiento. Para la colaboradora de Materna, su trabajo “Es más que nada acercarla al tratamiento, es que se adhiera al tratamiento” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Este paso es importante para asegurar la recuperación completa de la mujer y refleja el compromiso de acompañarla en todas partes de su trayectoria para superar la DPP.

En resumen, la consulta es un proceso fundamental del trabajo de estos profesionales que consiste en escuchar a las necesidades de la mujer, evaluar la gravedad de la situación, considerar los recursos que tiene, ofrecer un listado de profesionales y asegurar la adherencia al tratamiento. Al mismo tiempo, hay que mostrar empatía y aplacar a la mujer. De los datos examinados, se puede deducir que las habilidades sociales, como la escucha activa y compasiva y la capacidad para empatizar, son una parte esencial del abordaje a la DPP.

## Detección y prevención

Si bien existen varias herramientas de detección de la DPP, las entrevistadas revelaron que generalmente hay poco énfasis en la prevención en el sistema de salud. Notaron la importancia de las intervenciones oportunas e identificaron varias oportunidades para implementarlas, pero explicaron que todavía no se incorporaron estas acciones en el sistema de salud materno-infantil de manera comprensiva y universal.

### A. Encuestas diagnósticas

Las entrevistadas notaron la disponibilidad de varias encuestas diagnósticas basadas en los factores de riesgo. Por ejemplo, la colaboradora de Materna mencionó que se utiliza un “pequeño protocolo de primera atención” en las consultas para seguir el mismo lineamiento en todos los casos (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Del mismo modo, la psicóloga perinatal explicó que hay herramientas para detectar factores de riesgo de tipo encuesta que están disponibles en el campo científico o académico. No obstante, mantuvo que “Eso no lo es todo desde mi perspectiva. Vos podés tomar una medición, pero esa persona es un campo muy amplio, un ser muy amplio” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Para ella, es importante considerar el ser entero de manera más subjetiva en vez de reducir esa persona a un número; es decir, la función de estas encuestas diagnósticas se limitó a identificar los factores de riesgo (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Esta perspectiva refleja el comentario de la médica sobre la importancia de tener una lectura integral sobre los casos de la DPP y sugiere que no hay un sólo abordaje igual para todos.

### B. Factores de riesgo

Todas las entrevistadas hablaron de los factores riesgo de acuerdo con la literatura argentina e internacional. Destacaron la situación sentimental de la mujer (si está sola o tiene pareja), las pérdidas gestacionales o duelos anteriores, su edad al parto (si es adolescente o no), si tuvo antecedentes de trastornos mentales y cómo atravesó ese parto (si sufrió violencia obstétrica o no). Las entrevistadas hacían hincapié especial en el hecho que estar sola plantea un riesgo significativo, explicando que “En algún punto nosotras en el puerperio necesitamos ayuda. No necesitamos que nos dejen solas. De hecho, la mujer que se queda mucho tiempo sola está mal” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Para la médica psiquiatra, la soledad es un fenómeno reciente en la historia de la maternidad:

En la sociedad actual la mujer queda muy sola en la crianza y eso es algo que predispone mucho a los cuadros de depresión y la ansiedad.... Eso es una gran diferencia con hace 50, 60, 70 hasta 100 años. Donde las crianzas eran mucho más comunitarias, las familias eran familias donde estaban los abuelos, los tíos mucho más presentes que ahora. (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19).

De acuerdo con esta perspectiva sobre la crianza comunitaria, la psicóloga perinatal mencionó que “Es sumamente importante trabajar con la familia ampliada. Ver cuál es su persona de confianza. Ver cuál es su red de apoyo” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30).

Del mismo modo, la médica psiquiatra destacó la importancia de armar un abordaje sistemático basado en la “red de contención” que puede incluir a los otros hijos de la madre, su pareja y su familia ampliada (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Con este conocimiento de los factores de riesgo, los profesionales de la salud pueden organizar intervenciones oportunas para abordar la DPP que involucran a una red de contención amplia.

### C. El papel de los determinantes sociales de la salud

Además de conocer los factores de riesgo, también es útil tomar un enfoque de equidad y considerar el rol de los determinantes sociales de la salud. Las madres jóvenes y las que viven en las villas surgieron como dos grupos que son especialmente vulnerable en cuanto a la DPP. Para las madres adolescentes, puede ser difícil aceptar la maternidad como su nueva realidad:

Además de no salir a trabajar porque quedan embarazadas muy jóvenes, no tienen la posibilidad de insertarse en el mercado laboral, eso quedó trunco porque hay otra persona de la cual dependen económicamente. Las problemáticas son cómo me hago cargo de esto. Que era una fantasía y ahora lo tengo en la realidad. Eso también es muy fuerte para las jóvenes. Muchas veces se dan cuenta de que esto no es lo que querían para su vida. O muchas no abortaron porque tenían el juzgamiento social de que estaban matando un bebé. (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30).

Esta cita se hace eco de la necesidad de construir una perspectiva realista de la maternidad. También revela un tema importante al nivel sociocultural: el estigma acerca del aborto, una cuestión muy importante en la Argentina hoy en día. Además, en muchos de estos casos la maternidad no necesariamente es planificada y estas madres jóvenes experimentan una “crisis de identidad” compleja: “Allí aparecen todas estas cuestiones de la angustia de despedida, la crisis de identidad que hay en la adolescencia sumado a la crisis de identidad que hay en el postparto” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30).

Según la médica psiquiatra, que trabaja con muchas mujeres de las villas, contextualizar es un paso especialmente importante para sugerir intervenciones apropiadas en estas situaciones. Ella explicó que “Hay cosas que uno no puede sugerir como una medida porque no es posible en ese espacio. Uno no puede trabajar si no conoce en qué situación está esa mujer” (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Entonces, la consideración del contexto particular de cada mujer en cuanto a sus recursos socioeconómicos puede contribuir al desarrollo de una intervención eficaz y integral.

#### D. Recursos de prevención y limitaciones sociales

En cuanto a los recursos de prevención, las entrevistadas mencionaron brevemente algunas ideas, pero también surgieron de que el entorno social en esta región no está tan abierto a este tipo de intervenciones. Sólo la psicóloga perinatal mencionó intervenciones concretas de prevención que existen en la región. En primer lugar, pensaba que el control del embarazo plantea oportunidades para intervenciones efectivas porque se puede establecer relaciones con las mujeres, especialmente las madres adolescentes (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). En segundo lugar, identificó a los grupos de crianza y los grupos de apoyo como una fuente de prevención y bienestar durante el embarazo y el posparto (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Explicó que a veces se forman estos grupos en las instituciones públicas pero no dio detalles específicos.

Es importante reconocer que esta falta de conocimiento de los recursos preventivos puede ser un reflejo de una falta real de estas intervenciones o un resultado de las posiciones de las entrevistadas como proveedores de servicios dentro del sistema de salud. Es decir, todas las entrevistadas trabajan directamente con las mujeres que padecen la DPP y no trabajan a nivel de la política de salud. Además, hay que considerar el contexto sociocultural de la salud mental en la Argentina. La colaboradora de Materna sugirió que el clima acerca de los trastornos mentales puede plantear un obstáculo, explicando que “no teníamos el mismo lineamiento que puede tener EEUU en cuanto a la prevención o con la apertura que tienen de hablar de la salud mental” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). El estigma hacia la salud mental es común en muchos países y claramente merece más investigación en la Argentina. Entonces, de los datos examinados es posible deducir que hay una falta de conciencia sobre la prevención para la DPP en CABA, pero se necesita más investigación para analizar la presencia o ausencia de estos recursos.

#### Recursos para el tratamiento

En cuanto a los recursos disponibles para el tratamiento de la DPP, las entrevistadas describieron dos categorías generales: los programas de apoyo social y las intervenciones con psicofármacos. Inicialmente, se esperó indagar sobre las distintas formas de terapia, pero las entrevistadas revelaron un sesgo psicoanalítico en la Argentina que no favorece este tipo de intervenciones que son comunes en la literatura internacional.

#### A. ONG Materna: Apoyo social mediante el apoyo de pares

Para empezar, es importante conocer un poco sobre la ONG Materna. Esta organización argentina se estableció hace dos años con el objetivo de promover la conciencia, investigación, prevención y tratamiento de los padecimientos de salud mental materna (Materna, 2019). Nació en respuesta a la escasez de asistencia y cuidado de salud mental materna en la Argentina y pretende visibilizar estos trastornos y trabajar para asegurar el derecho a salud mental perinatal para todos (Materna, 2019). Los socios trabajan de manera interdisciplinaria para acompañar a las mujeres y ofrecen una variedad de servicios: los cursos educativos, las capacitaciones a profesionales de la salud, las charlas informativas, los grupos de reflexión y el apoyo de pares (Materna, 2019).

El programa de apoyo de pares empareja a mujeres que han superado problemas de salud mental perinatal con madres que están atravesando situaciones similares. La idea es acompañar a estas madres durante sus momentos de crisis desde la perspectiva de alguien que ha experimentado un trauma similar. Los pares no necesitan ser profesionales porque cuentan con su propia experiencia atravesando estos trastornos mentales. De hecho, “Lo profesional del apoyo de pares es justamente no ser profesional, o sea hablar de la propia experiencia. Es un saber que llevas simplemente por haber padecido esto” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Si bien no se necesita una capacitación oficial, deben seguir ciertas pautas, como la delicadeza al acercarse a una madre nueva, por ejemplo (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18).

Sobre todo, el objetivo es empáticamente abordar las dudas, tranquilizar a las madres y ayudar a “sembrar la semilla de la esperanza de la recuperación o bien aprender a vivir con trastornos de salud mental en lugar de ser superado por ellos” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). La colaboradora de Materna subrayó el concepto de esperanza:

Somos como una pequeña luz de esperanza. Porque lo que está entendiendo la mujer es que vos estuviste en ese mismo lugar y que ya lo superaste. Básicamente el apoyo de pares es esto: estás devolviendo una mínima esperanza. (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18).

De este modo, el programa de Apoyo de Pares es una intervención sencilla y realista que amplifica la red de contención y ayuda a las madres a aprender a vivir con estos trastornos

mentales. Dado el papel destacado de la soledad como un factor de riesgo para la DPP, esta forma de tratamiento parece ser especialmente alineada con las necesidades de las mujeres a tener una red de apoyo social durante este tiempo de vulnerabilidad.

#### B. El uso informado de los psicofármacos

Mientras la psicóloga perinatal y la colaboradora de Materna hablaron sobre los tratamientos de índole apoyo social, la médica psiquiatra por supuesto habló mayormente sobre el uso de los psicofármacos para tratar la DPP. Para empezar, describió el cambio en el paradigma hacia el uso de los psicofármacos para la salud mental materna. Antes, el lineamiento fue no medicar. La madre tenía que aguantar los síntomas y sólo se utilizó los medicamentos como último recurso cuando todo lo demás había fracasado. En cambio, hoy hay muchos psicofármacos disponibles que son compatibles con el embarazo y la lactancia (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Además, se reconoce que no medicar es mucho más riesgoso que medicar:

Porque cuando no se medica a tiempo, esa persona llega muy desestabilizada, pierde un montón de tiempo de vida y un montón de tiempo de vínculo con ese bebé, ya sea en el embarazo como en el puerperio, y después la rehabilitación es mucho más grande. Es mucho más difícil, es mucho más costosa, en términos tanto económicos como concretos en el cuerpo. (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19).

Este comentario revela que hay un mejor conocimiento y consideración de los riesgos tanto para el bebé como para la mujer. En otras palabras, hoy se piensa cada elección del tratamiento en cuanto a la díada madre-bebé (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19).

Las consecuencias de no medicar pueden tener un impacto en la salud y bienestar de la madre que pueden llegar a afectar el desarrollo del bebé. Por ejemplo, los cuadros de depresión y ansiedad aumentan el riesgo de problemas obstétricos en el embarazo, incluyendo la hipertensión, el parto pretérmino, el bajo peso para la edad gestacional del bebé y la desnutrición o malnutrición materna (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Básicamente, “todo se va complicando si no se agarra a tiempo” (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Entonces, contextualizar el caso de manera concienzudo y armar una intervención oportuna es clave para evitar complicaciones en el parto y el desarrollo del bebé.

Para determinar si se debe medicar, se evalúa la gravedad del caso. En general, los casos leves se pueden resolver con psicoterapia, acompañamiento, higiene del sueño y otros recursos no farmacológicos que pretenden bajar la ansiedad (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020,

mayo 19). Para los cuadros más severos, el criterio para medicar tiene que ver con el malestar durante las últimas dos semanas: si la persona se siente mal la mayoría del día, la mayor cantidad de días (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). En estos casos, es muy difícil mejorar el ánimo solamente cambiando factores no farmacológicos, ya que requiere un esfuerzo grande y puede generar frustración (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). También se tiene en cuenta otras dos variables, las modificaciones en el sueño y el apetito, que sirven como indicaciones indirectas de manifestaciones de la depresión y ansiedad (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Con toda esta información, se puede llegar a hacer una decisión informada sobre el mejor método de tratamiento para asegurar la salud de la madre y su bebé.

En síntesis: La falta de atención de la DPP

De los datos examinados, se puede deducir que, si bien hay una red informal de profesionales que abordan la salud mental materna, que siguen ciertos lineamientos para la consulta y el desarrollo de intervenciones eficaces, hay una falta generalizada de conciencia y atención de la DPP. Este vacío de información y cuidado es evidente entre las mujeres que padecen este trastorno y también entre los profesionales de la salud. Aunque las entrevistadas no nombraron esta brecha de manera explícita, la describieron de manera sutil, haciendo referencia a algunos problemas estructurales a nivel social, en el ámbito educativo y en la política de la salud.

A. Presiones sociales: El sistema patriarcal y las expectativas acerca de la maternidad

A nivel social, las expectativas de la sociedad patriarcal sobre la maternidad, junto con la lente de color rosa, plantean un reto para la detección de casos y la percepción de este trastorno. Por ejemplo, muchas mujeres no vienen a pedir ayuda temprano y solamente acuden cuando ya están en el zenit del problema (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30; Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Según la psicóloga, esto sucede “Porque estamos dentro de un sistema patriarcal que nos dice que tenemos que ser buenas madres a las mujeres” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Y para ser buena madre, hay que “aguantar, sacrificarse, forzarse” (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Del mismo modo, la médica psiquiatra atribuyó la tardanza en el diagnóstico y el tratamiento al hecho de que el sufrimiento y aguante están naturalizados en la maternidad. Añadió que hay una presión social significativa que exige que “la mujer esté bien y se banque todo, sin ningún tipo de

conexión con sus sentimientos por ahí” (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). También hay muchas expectativas acerca de la maternidad y a menudo se ve como algo de color rosa. La organización Materna identifica “la idealización social de la maternidad como pináculo del desarrollo vital de la mujer” como un obstáculo para la detección y atención temprana de la DPP (Materna, 2019). Es decir, la expectativa de que la maternidad sea algo de color rosa, de felicidad completa, inhibe a los esfuerzos a hablar sobre el lado b de la maternidad. Esta combinación de la influencia de la sociedad patriarcal y las altas expectativas de la maternidad plantea dificultades en cuanto a la conciencia de los trastornos de la salud mental materna.

#### B. Causas educativas: La falta de formación oficial y resistencia a cambios

Todas las entrevistadas identificaron la falta de formación profesional de psicología y psiquiatría perinatal como una causa del desconocimiento. En la Argentina, el campo de la psicología perinatal es relativamente joven y no existe mucha formación en las universidades (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). En cuanto a la DPP, principalmente se estudia fuera del grado, en el posgrado y las asociaciones (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30). Todavía no hay formación de psiquiatría perinatal, pero hoy está empezando la lucha para poder tener esta especialidad (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19; Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Sin formación suficiente de psicología y psiquiatría perinatal, no hay manera oficial de estudiar o investigar la salud mental materna. Además, no hay una red formal de profesionales capacitados para reconocer, detectar y tratar estos trastornos. Según la colaboradora de Materna, quizás haya investigadores que se dedican a estos temas, pero sin formación oficial estas personas están aisladas y así no pueden colaborar (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). De este modo, la falta de elaboración educativa sobre la salud mental perinatal es un origen del desconocimiento y la atención escasa de la DPP en CABA.

No sólo hay una falta de formación oficial, también hay una actitud generalizada de resistencia a los cambios en el lineamiento y las profesiones. El sesgo psicoanalítico en la Argentina es bien conocido y suele ser más cerrado, a diferencia del método de la psicología perinatal que generalmente es flexible (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). De hecho, en unos casos, el conflicto entre estos abordajes llegó a generar “medias luchas entre profesionales” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Si bien las psiquiatras están capacitadas, no necesariamente tienen el conocimiento suficiente de los

cambios físicos y hormonales del periodo perinatal y a veces aun hacen cosas que no ayudan (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). En otras palabras, todavía les cuesta admitir que necesitan una capacitación específica y no quieren reconocer a la psiquiatría perinatal como una especialidad propia (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Evidentemente, hay que abordar estas cuestiones educativas para asegurar que las generaciones futuras estén conscientes y capacitados a tratar los padecimientos de salud mental materna.

C. Problemas con la política sanitaria: La falta de un protocolo sobre salud mental materna

Hay varios obstáculos a la atención de la DPP a nivel de la política de salud. Todas estas dificultades están englobadas en el problema de que en el sistema de salud falta un protocolo universal de arriba a abajo para asegurar el cuidado a la salud mental perinatal. Si bien hay muchas pautas para los cuidados físicos del embarazo y del posparto, no hay ningún protocolo sobre salud mental. Por casualidad, existen ciertas maternidades que tienen controles psicológicos, pero no es algo establecido universalmente por ley. Entonces, si por accidente una mujer acude a uno de estos hospitales, puede acceder a este cuidado de salud mental, “no porque está protocolizado desde el Ministerio de Salud, simplemente porque este equipo está informado y lo está haciendo así” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Por ejemplo, la colaboradora de Materna solamente recibió el diagnóstico de la DPP porque su pediatra estaba informado:

Cada vez [iba] peor y peor y peor... hasta que el pediatra de mi hijo me derivó a una psiquiatra especialista. Ella estaba informada de que estaba el tratamiento.... O sea, que es justo por la suerte. Tuve la suerte que ese pediatra había requerido a una psiquiatra que a su equipo le den una capacitación porque estaba viendo en las madres este problema. Él en sus pocos minutos de atención pudo detectar los problemas porque ya tenía una capacitación previa. (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18).

Si no hubiera tenido a ese pediatra, seguramente no habría recibido diagnóstico ni tratamiento. Esto tiene implicaciones importantes en relación con la equidad del acceso a estos servicios de salud. Siempre y cuando el cuidado de la salud mental materna no esté protocolizado por ley, el acceso a estos servicios será fragmentado y desigual.

## Soluciones para mejorar la atención

Aunque las entrevistadas describieron varios problemas estructurales que contribuyen a la falta de atención de la DPP, también identificaron oportunidades para mejorar el cuidado de la salud mental materna. En general, hay dos categorías de estrategias: primero, ampliar la visibilidad y generar más conciencia sobre estos trastornos mediante una campaña internacional, y segundo, introducir cambios de la política de salud para establecer un protocolo para el cuidado de salud mental materna.

### A. El Día Mundial de la Salud Mental Materna: Visibilizar, concientizar e informar

Esta campaña internacional empezó en 2016 y se celebra cada año en el primer miércoles de mayo (MARES, 2020). A nivel mundial, busca presionar a la Organización Mundial de la Salud (OMS) para que se crea el Día de la Salud Mental Materna oficialmente aparte del día mundial de la salud (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18).

Esencialmente, es una colaboración entre muchos países para educar sobre la importancia de la salud mental materna y mejorar la atención de estos padecimientos (MARES, 2020). El objetivo de informar al público sobre este tema es clave porque las mujeres no pueden pedir ayuda si no saben que estos trastornos existen (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18).

En la Argentina, la campaña pretende reunir a todas las personas que trabajan con salud mental perinatal y también unir la brecha entre las pacientes y los profesionales (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). De hecho, el Día de la Salud Mental Materna ya está establecido como ley en la ciudad de Buenos Aires (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Cada año, la campaña genera más visibilidad y según la médica psiquiatra, esto ha producido un cambio en la percepción de salud mental y la maternidad (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19). Según la colaboradora de Materna, el Ministerio de Salud está empezando a prestar atención a la campaña y escuchar sus demandas. En 2019, el Ministerio se sumó a la campaña y se hizo una capacitación de psicología perinatal que se transmitía a los hospitales en todo el país (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Estos éxitos iniciales muestran que la campaña es una manera efectiva de abogar por una mejoría en la atención de la DPP, pero todavía queda mucho trabajo para ampliar el alcance de la campaña a nivel nacional.

B. Cambios en la política de salud: Protocolo coordinado sobre la salud mental materna

Mientras la campaña pretende generar más visibilidad y conciencia, hay oportunidades para crear cambios sostenibles e impactos mediante el establecimiento de un protocolo de arriba a abajo para el cuidado de la salud mental materna. Si bien existen controles físicos del posparto, no hay ninguna norma que aborde el estado psicológico durante este período de vulnerabilidad intensificada. Básicamente, el foco es el bienestar físico y “Nadie se ocupa de la salud mental... Nadie se está cuidando si esta mujer está apta o no para cuidar a ese bebé” (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18).

Para asegurar la atención de la salud mental materna, se recomendó aprobar una ley que obligue a todos los hospitales a brindar este servicio a través del periodo perinatal. Esta norma debe cubrir la prevención durante los controles del embarazo junto con el diagnóstico y el tratamiento. Esta idea fue mencionada principalmente por la colaboradora de Materna, pero las otras dos entrevistadas hacían comentarios similares:

Preventivamente, en el control del embarazo es donde uno puede intervenir mejor. (Psicóloga perinatal. Entrevista personal, 2020, abril 30).

Que pueda haber una continuidad al lado del embarazo, que todas las mujeres puedan tener algunas entrevistas con algún profesional de salud mental para que las evalúen, para que vean en qué situación están. Porque muchas veces intervenciones precoces son muy eficaces y hacen la diferencia. (Médica psiquiatra. Entrevista personal, 2020, mayo 19).

Específicamente, se propuso incorporar esta ley en el Plan Médico Obligatorio (PMO) (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Hoy en día, el PMO se centra en el cuidado físico del embarazo y el posparto, exigiendo que se hagan ciertos controles a las mujeres, tanto en el sistema privado como en el sector público (Colaboradora de Materna. Entrevista personal, 2020, mayo 18). Entonces, el sistema de salud ya cuenta con un instrumento mediante lo cual se puede establecer este protocolo para el cuidado a la salud mental. Mediante el establecimiento de una ley del lineamiento protocolar para la prevención y el tratamiento, todos los hospitales y las maternidades tendrían que cumplir con las mismas pautas para garantizar el acceso al cuidado de la salud mental materna.

## Conclusiones

Antes de concluir, cabe reconocer algunas limitaciones de este trabajo. En primer lugar, el horizonte y la muestra pequeña limitaron el alcance de la investigación. Las tres entrevistadas principalmente tienen especializaciones en la psicología y psiquiatría y son proveedores de servicios dentro del sistema de salud, así que no necesariamente cuentan con mucha experiencia con la política de salud. Para investigaciones futuras, sería productivo indagar las percepciones de los legisladores y oficiales del Ministerio de Salud. Además, sería interesante entrevistar a las obstetras y pediatras porque están bien posicionadas a brindar intervenciones preventivas y diagnóstico temprano. Sobre todo, parece necesario conocer a las perspectivas de las mujeres que padecen este trastorno para entender mejor si es suficiente la atención de la DPP.

Si bien este informe captura la dedicación y el compromiso de los profesionales de la salud que trabajan con la DPP, hoy en día su trabajo se ve dificultado por un desconocimiento amplio y problemas estructurales que se extienden desde el ámbito universitario hasta la política de salud. Esta falta de conciencia es problemática porque significa que las mujeres no necesariamente acuden a pedir ayuda, y además, los profesionales de la salud no siempre están capacitados a diagnosticar este trastorno y brindar la intervención adecuada. Cuando se considera también las consecuencias graves para madre y bebé si la DPP no es tratado, no cabe duda de que esta cuestión merece más investigación y atención. Juntos, estos hallazgos subrayan la necesidad de ampliar los esfuerzos de prevención y detección oportuna mediante la visibilización de la DPP en la comunidad en general y en el ámbito médico.

Inicialmente, la revisión de la literatura argentina sugirió que había un vacío preocupante en la investigación de la DPP. Si bien hay una escasez de estudios clínicos sobre las intervenciones, los resultados de este informe sugieren que sí existe una red informal de profesionales de la salud que están comprometidos a ayudar a las mujeres a superar estos desafíos. Todas las entrevistadas identificaron el acompañamiento como un principio rector sus encuentros con las madres, subrayando la importancia del apoyo social y la empatía para abordar la DPP. Además, los profesionales describieron un abordaje informado sobre el diagnóstico que supone una consideración meticulosa del contexto particular de cada mujer, los factores de riesgo relevantes y el papel de los determinantes sociales de la salud. Más allá de las consultas, el apoyo de pares y el uso informado de los psicofármacos son otros recursos claves para el tratamiento.

Claramente, existen problemas estructurales en cuanto a la atención de la DPP. En particular, la falta de un protocolo de arriba a abajo que garantice el cuidado a la salud mental materna dificulta la conciencia amplia y el cuidado efectivo a este trastorno. En el futuro, se recomienda incluir un protocolo vertical en el PMO para que todos los hospitales estén obligados a brindar este servicio a las mujeres embarazadas. En otras palabras, una mejor integración del cuidado de la salud mental a través de los controles del embarazo es clave.

A pesar de las grandes dificultades que se enfrentan estos profesionales, su compromiso a acompañar a las mujeres y su abordaje informado son impresionante. Si bien queda mucho trabajo para visibilizar la DPP y abogar por un protocolo de arriba a abajo para la atención de la salud mental materna, su dedicación al trabajo ofrece “una pequeña luz de esperanza”, en las palabras de la colaboradora de Materna que también superó la DPP ella misma.

## Referencias bibliográficas

- Abdollahi, F., Lye, M. S., & Zarghami, M. (2016). Perspective of postpartum depression theories: A narrative literature review. *North American Journal of Medical Sciences*, 8(6), 232–236. <https://doi.org/10.4103/1947-2714.185027>
- Almond, P. (2009). Postnatal depression: A global public health perspective. *Perspectives in Public Health*, 129(5), 221–227. <https://doi.org/10.1177/1757913909343882>
- Asociación Argentina de Salud Mental (s.f.). Historia de la salud mental en Argentina. Consulta: 5 mayo 2020. Disponible en: <https://aasm.org.ar/es/st/es.Capitulos.Historia-de-la-salud-mental-en-Argentina>
- Bannon, A. L. (2000, junio). Information overload: How to separate good child rearing advice from bad. *Creative Parenting*.  
[http://users.loni.ucla.edu/~thompson/MEDIA/ann\\_bannon.htm](http://users.loni.ucla.edu/~thompson/MEDIA/ann_bannon.htm)
- Barrera, A. Z., Wickham, R. E., & Muñoz, R. F. (2015). Online prevention of postpartum depression for Spanish- and English-speaking pregnant women: A pilot randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 2(3), 257–265. doi: 10.1016/j.invent.2015.06.002
- Brand, S. R., & Brennan, P. A. (2009, septiembre). Impact of antenatal and postpartum maternal mental illness: How are the children?. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 52(3), 441–455. doi: 10.1097/GRF.0b013e3181b52930
- Brummelte, S., & Galea, L. A. (2016). Postpartum depression: Etiology, treatment and consequences for maternal care. *Hormones and Behavior*, 77, 153–166. doi: 10.1016/j.yhbeh.2015.08.008
- Chaudron, L. H. (2003). Postpartum depression: What pediatricians need to know. *Pediatrics in Review*, 24(5), 154–161. doi: 10.1542/pir.24-5-154

Colaboradora de Materna. (2020, 18 mayo). Entrevista personal.

Dennis, C.-L. (2003). Detection, prevention, and treatment of postpartum depression. En Stewart, D. E., Robertson, E., Dennis, C.-L., Grace, S. L., & Wallington, T. (Eds.), *Postpartum depression: Literature review of risk factors and interventions*.

Epocrates. (2020). Postpartum depression: Diagnostic criteria. Consulta: 22 abril 2020.  
Disponible en: <https://online.epocrates.com/diseases/51236/Postpartum-depression/Diagnostic-Criteria>

Falcone, R. (s.f.). *Breve historia de las instituciones psiquiátricas en Argentina: Del hospital cerrado al hospital abierto*. Universidad de Buenos Aires: Facultad de Psicología.  
[http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion\\_adicional/obligatorias/034\\_historia\\_2/Archivos/inv/Falcone\\_HistoriaInstit.pdf](http://23118.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/informacion_adicional/obligatorias/034_historia_2/Archivos/inv/Falcone_HistoriaInstit.pdf)

Fisher, J., Mello, M. C. D., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2011). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a systematic review. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2). doi: 10.2471/blt.11.091850

Foks, S. (2013). El uso de Inhibidores de la Recaptación Selectivos de Serotonina (IRSS) durante el embarazo no aumentaría el riesgo de muerte fetal e infantil [Comentado del estudio *Selective Serotonin Reuptake Inhibitors during pregnancy and risk of stillbirth and infant mortality*, por O. Stephansson, et al.]. *Evidencia - Actualización en la Práctica Ambulatoria*, 16(2):56.  
<http://www.profam.org.ar/files/7e54622b333d7e5ccde8964506e35f61.pdf>

García-Esteve L, Ascaso, C., Ojuel, J., & Navarro, P. (2003). Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) in Spanish mothers. *Journal of Affective Disorders*, 75(1), 71–76. doi: 10.1016/s0165-0327(02)00020-4

Guille, C., Newman, R., Fryml, L. D., Lifton, C. K., & Epperson, C. N. (2013). Management of postpartum depression. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 58(6), 643-653. doi: 10.1111/jmwh.12104

Health resources and service administration (HRSA). (2008, agosto). La depresión durante y después del embarazo: Un informe para mujeres, sus familias y amigas. [https://mchb.hrsa.gov/sites/default/files/mchb/MaternalChildHealthTopics/maternal-womens-health/Depression\\_During\\_and\\_After\\_Pregnancy\\_SPANISH.pdf](https://mchb.hrsa.gov/sites/default/files/mchb/MaternalChildHealthTopics/maternal-womens-health/Depression_During_and_After_Pregnancy_SPANISH.pdf)

Hutchens, B. F. & Kearney, J. (2020), Risk factors for postpartum depression: An umbrella review. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 65: 96-108. doi: 10.1111/jmwh.13067

Jones C. C. G., Jomeen, J., Hayter, M. (2014). The impact of peer support in the context of perinatal mental illness: a meta-ethnography. *Journal of Midwifery*, 30(5), 491-498. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2013.08.003>

Kim, D. R., Epperson, C. N., Weiss, A. R., & Wisner, K. L. (2014). Pharmacotherapy of postpartum depression: an update. *Expert Opinion on Pharmacotherapy*, 15(9), 1223–1234. <https://doi.org/10.1517/14656566.2014.911842>

Lakoff, A. (2005). *Pharmaceutical reason: Knowledge and value in global psychiatry*. Cambridge University Press.

Leger, J., & Letourneau, N. (2015). New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies. *Health and Social Care in the Community*, 23: 337-348. doi:10.1111/hsc.12125

Leiderman, E. A., Lolich, M., Vázquez, G. H., & Baldessarini, R. J. (2012). Depression: Point-prevalence and sociodemographic correlates in a Buenos Aires community sample. *Journal of Affective Disorders*, 136(3), 1154–1158. Doi: 10.1016/j.jad.2011.09.032

Maccagno, G., & Vítolo, F. (2013, marzo). La ley nacional 26.657 de salud mental: Comentarios y controversias. *Biblioteca Virtual NOBLE*.

[http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS\\_NOBLE/83.pdf](http://www.nobleseguros.com/ARTICULOS_NOBLE/83.pdf)

Martínez-Paredes, J. F., & Jácome-Pérez, N. (2019). Depresión en el embarazo. *Revista Colombiana de psiquiatría*, 48(1), 58–65. Doi:  
<https://doi.org/10.1016/j.rcpeng.2017.07.002>

Materna salud mental perinatal. (2019). Consulta: 23 mayo 2020. De: <http://materna.org.ar/>

Materna salud mental perinatal. (2020, 7 mayo). Grupo de reflexión de la maternidad [Video].

De:<https://www.facebook.com/maternasaludmentalperinatal/videos/1690858754403644/?v=1690858754403644>

Mathisen, S., Glavin, K., Lien, L., & Lagerløv, P. (2013). Prevalence and risk factors for postpartum depressive symptoms in Argentina: a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health*, 5, 787–793. doi: 10.2147/ijwh.s51436

McCartney, K. (2019, otoño). Parenting in the age of information overload. *Smith Alumnae Quarterly*. <https://www.smith.edu/president-kathleen-mccartney/speeches/saq-fall-2019>

Médica psiquiátrica. (2020, 19 mayo). Entrevista personal.

Ministerio de Salud (2013). Ley nacional de salud mental N° 26.657. Consulta: 5 mayo 2020.  
Disponible en: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018\\_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000001237cnt-2018_ley-nacional-salud-mental-decreto-reglamentario.pdf)

Ministerio de Salud (s.f., a). Salud mental. Consulta: 28 mayo 2020. Disponible en:

<https://www.argentina.gob.ar/salud/mental-y-adicciones/que-es>

Ministerio de Salud (s.f., b). Salud mental y derechos humanos. Consulta: 28 mayo 2020.

Disponible en: <https://www.argentina.gob.ar/derechoshumanos/proteccion/saludmental>

National Institute of Mental Health (s.f., a). Información sobre la depresión postparto. Consulta:

30 abril 2020. Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/espanol/informacion-sobre-la-depresion-posparto/index.shtml#pub5>.

National Institute of Mental Health (s.f., b). Perinatal depression. Consulta: 22 abril 2020.

Disponible en:

<https://www.nimh.nih.gov/health/publications/perinatal-depression/index.shtml>

Norris, M. M. (2013). Use of antidepressants during pregnancy and lactation. *Mental Health Clinician*, 3(2), 58–60. doi: <https://doi.org/10.9740/mhc.n163520>

Organización Mundial de la Salud (2008). *Maternal mental health and child health and development in low and middle income countries* [Informe de la reunión OMS-FPNU].

[https://www.who.int/mental\\_health/prevention/suicide/mmh\\_jan08\\_meeting\\_report.pdf](https://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/mmh_jan08_meeting_report.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2020). Maternal mental health. Consulta: 27 mayo

2020. Disponible en:

[https://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/maternal\\_mental\\_health/en/](https://www.who.int/mental_health/maternal-child/maternal_mental_health/en/)

Organización Mundial de la Salud y Fundación Calouste Gulbenkian (2014). *Social determinants of mental health*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809\\_eng.pdf;jsessionid=250594FE14AFA14A2027DF4B3E696890?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf;jsessionid=250594FE14AFA14A2027DF4B3E696890?sequence=1)

Pařízek, A., Mikešová, M., Jiráček, R., Hill, M., Koucký, M., Pašková, A., ... Stárka, L.

(2014). Steroid hormones in the development of postpartum depression. *Physiological Research*, 63, 277–282. [http://www.biomed.cas.cz/physiolres/pdf/63Suppl2/63\\_S277.pdf](http://www.biomed.cas.cz/physiolres/pdf/63Suppl2/63_S277.pdf)

Pfeiffer, P. N., Heisler, M., Piette, J. D., Rogers, M. A. M., & Valenstein, M. (2011). Efficacy of peer support interventions for depression: a meta-analysis. *General Hospital Psychiatry*, 33(1), 29-36. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2010.10.002>.

Pham, D., Cormick, G., Amyx, M. M., Gibbons, L., Doty, M., Brown, A., ... Belizán, J. M. (2017). Factors associated with postpartum depression in women from low socioeconomic level in Argentina: A hierarchical model approach. *Journal of Affective Disorders*, 227, 731–738. doi: 10.1016/j.jad.2017.11.091

Plotkin, M. (2003). *Freud en las pampas. Orígenes y desarrollo de una cultura psicoanalítica en la Argentina (1910-1983)*. Sudamericana.

Psicóloga perinatal. (2020, 30 abril). Entrevista personal.

Real Academia Española (RAE). (2020). Acompañar. <https://dle.rae.es/acomp%C3%B1ar>

Rozic, P. R., Schwartzman, J. A., Paolini, C. I., Gadow, A., Calvo, D. A., Paesani, F., ... Krupitzki, H. B. (2012). Detección de síntomas depresivos durante el postparto inmediato y el seguimiento a largo plazo: estabilidad temporal y factores asociados. *Vertex: Revista Argentina de psiquiatría*, 23(106), 409–417. <http://polemos.com.ar/docs/vertex/vertex106.pdf>

Sociedad Marcé Española (MARES). (2020). Día mundial de la salud mental materna. Consulta: 28 mayo 2020, de <http://www.sociedadmarce.org/dia-mundial-salud-mental-materna.cfm>

Stanford Medicine (s.f.). Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). Consulta: 22 abril 2020. Disponible en: [http://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/EDPS\\_text\\_added.pdf](http://med.stanford.edu/content/dam/sm/ppc/documents/DBP/EDPS_text_added.pdf)

Velardo, S., & Drummond, M. (2013). Understanding parental health literacy and food related parenting practices. *Health Sociology Review*, 22(2), 137-150.

Doi:10.5172/hesr.2013.22.2.137

Vezzetti, H. (1995). *Aventuras de Freud en el país de los argentinos*. Paidós Argentina.

Visacovsky, S. E. (2001). *El Lanús: Memoria, política y psicoanálisis en la Argentina (1956-1992)*. (Tesis de doctorado). Universidad de Utrecht, Países Bajos.  
<https://dspace.library.uu.nl/bitstream/handle/1874/814/full.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Visacovsky, S. E. (2009). Origin stories, invention of genealogies and the early diffusion of lacanian psychoanalysis in Argentina and Spain (1960-1980). En Damousi, J. y Plotkin, M. B. (Eds.), *The transnational unconscious: Essays in the history of psychoanalysis and transnationalism*. Palgrave Macmillan.

Werner, E., Miller, M., Osborne, L. M., Kuzava, S., & Monk, C. (2015). Preventing postpartum depression: Review and recommendations. *Archives of Women's Mental Health*, 18(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0475-y>

## Anexo

### A. Formulario de consentimiento informado

#### **Consentimiento Informado**

Programa: Salud pública en ambientes urbanos, SIT Study Abroad - Universidad de ISALUD

Investigadora: April Hopcroft

Información de Contacto: [ahopcroft@smith.edu](mailto:ahopcroft@smith.edu) +1 (425) 922-1720

Fecha: mayo 2020

Me llamo April Hopcroft y estudio en Smith College en los Estados Unidos. Este semestre, soy estudiante de salud pública en el programa SIT, que se desarrolla en la universidad ISALUD en la ciudad de Buenos Aires, hasta junio de 2020.

Les agradece mucho tomar el tiempo para hacer esta entrevista y participar en mi proyecto. En esta investigación, pretendo analizar los recursos de prevención y tratamiento para la DPP para mujeres residentes de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

Reconozco que la enfermedad mental y la DPP pueden ser temas delicados y puede resultar difícil compartir información acerca de estos temas. Para que se siente cómodo/a con la participación en este proyecto, voy a proteger su identidad. En mi trabajo, su identidad será completamente anónima. Por eso, utilizaré sólo sus iniciales y título de ocupación general y eliminaré información que podría ser comprometida. Además, nunca aparecerá el nombre del lugar en que trabaja.

También, su participación en esta entrevista es completamente voluntaria. Puede, en cualquier momento, decidir de retirar su participación. Igualmente, si no quiere contestar alguna pregunta, no se siente obligado/a.

Para mejor entender y analizar la información que colecto, me ayudaría grabar esta entrevista si no le/a pone incomodo/a. Yo sólo tendré acceso a la grabación cuando analizo la información de la entrevista para mi investigación.

Muchas gracias para ayudarme en mi investigación. Su experiencia va a ser muy útil para que tenga una mejor comprensión de la DPP en la Argentina. Presentaré mi trabajo final en junio, y, si quiere, podría compartir una copia del informe final con usted.

Si le queda alguna pregunta, o si quiere más información, por favor contáctese conmigo.

## B. Guía de entrevista

### *Eje temático 1: El trabajo del entrevistado*

¿Dónde trabaja? ¿En qué consiste su trabajo? ¿Cuántos años lleva usted trabajando allá?

¿Qué sabe usted sobre la DPP (DPP) en la Argentina? ¿Cómo está relacionado su trabajo con este tema?

¿Cómo se aborda la DPP en su lugar de trabajo? Es decir, cuando viene una paciente/cliente que padece la DPP, o que se cree que puede estar padeciéndola, ¿cuáles son los pasos para ayudarla?

¿Cómo se procede? En caso que no existan pasos o procedimientos para atender la DPP en su lugar de trabajo, ¿Cómo procede usted frente a un caso que puede ser considerado de DPP?

(marco teórico, terapéutica, etc.)

¿Qué abordaje/marco teórico utiliza usted cuando trabaja con la DPP y/o con una paciente/cliente que se padece de la DPP?

### *Eje temático 2: El marco teórico de la salud mental en la Argentina*

¿Cómo se percibe el padecimiento mental y la salud mental en la Argentina? ¿Cree usted que existe un estigma en este tema? ¿Por qué? Y frente a la DPP, ¿cree que hay un estigma específico? ¿Por qué?

¿Cree usted que hay relación entre los aspectos más sociales del problema y la DPP? En otras palabras, estoy preguntando sobre las cuestiones más generales, no necesariamente médicas o psicológicas, sino más de la comunidad, o también percepciones u opiniones más amplias, que circulan socialmente. ¿Qué tipo de relación? Cómo puede dar forma esta relación a la respuesta a la DPP (intervenciones, abordaje, etc.)?

¿Piensa usted que la medicina se relaciona de manera especial con las personas gestantes? ¿Hay que considerar esto en el abordaje a la DPP?

¿Piensa usted que el contexto histórico de la Argentina, especialmente la dictadura militar, da forma al abordaje a los padecimientos mentales y la DPP? ¿Cómo/en qué manera?

### *Eje temático 3: Los recursos para prevención y tratamiento*

¿Existen recursos en la Argentina para prevención y tratamiento de la DPP? ¿Cuáles y de qué tipo?

¿Cuáles son, a su criterio, las fortalezas y limitaciones de cada uno?

¿Cómo es el acceso a los recursos? ¿Cómo es el conocimiento de la disponibilidad de estos recursos entre el público? ¿Cómo es el conocimiento acerca del tema de la DPP?

¿Cuál piensa que debe ser el papel del Estado en cuanto a la salud mental, especialmente la salud mental materna/perinatal? ¿Y las organizaciones sociales?

¿Piensa usted que hay suficiente atención del Estado y de las prestadoras de salud para esta enfermedad mental? ¿Por qué?

De todo lo que me ha contado, ¿cuál es su evaluación de la calidad de las intervenciones disponibles en CABA para abordar la DPP?

#### *Eje temático 4: Recomendaciones y fuentes*

¿Conoce usted algunas investigaciones relacionadas con este tema en la Argentina? ¿Existen otros recursos que podrían ser útiles en mi trabajo?

¿Conoce usted a otras personas que trabajen con el tema que podría entrevistar?